



FICHE D'INFORMATION MÉDICALE

PRÉNOM ET NOM DE L'ATHLÈTE :

DATE DE NAISSANCE : / / (AAAA / MM / JJ)

ADRESSE :

VILLE :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

CELLULAIRE :

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :

PARENT/TUTEUR #1

NOM :

TÉL.TRAVAIL :

CELLULAIRE :

PARENT/TUTEUR #2

NOM :

TÉL.TRAVAIL :

CELLULAIRE :

AUTRE PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM :

LIEN AVEC L'ATHLÈTE :

TÉLÉPHONE :

CELLULAIRE :

MÉDECIN

NOM :

TÉLÉPHONE :

DENTISTE

NOM :

TÉLÉPHONE :

Veillez encercler la réponse appropriée et fournir des détails si vous répondez « oui » à une des questions.

- | | | | |
|---|--|---|---|
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Prend des médicaments | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Antécédents familiaux de décès inexpliqué d'une jeune personne |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Allergies | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Diabète – Type 1 ____ Type 2 ____ |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Commotions cérébrales antérieures | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Porte un bracelet ou un collier d'information médicale Pourquoi? _____ |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Épisodes d'évanouissement ou de crise pendant ou après une activité physique | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Problème de santé pouvant nuire à sa participation à une équipe de soccer |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Quasi évanouissement ou chute partielle | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | A eu une maladie qui a duré plus d'une semaine au cours de la dernière année et a dû consulter un professionnel de la santé |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Crises ou épilepsie | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | A subi des blessures requérant une intervention médicale au cours de la dernière année |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Porte des lunettes | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Hospitalisé au cours de la dernière année |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Les verres sont-ils incassables? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Chirurgie au cours de la dernière année |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Porte des lentilles cornéennes | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Présentement blessé |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Porte un appareil dentaire | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Partie corporelle blessée : _____ |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Problème d'ouïe | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Vaccinations à jour |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Asthme | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Date du dernier vaccin contre le tétanos : _____ |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Trouble respiratoire pendant l'exercice | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Vaccin contre l'hépatite B |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Trouble cardiaque | | |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Palpitations ou cœur qui débat | | |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Antécédents familiaux de troubles cardiaques | | |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Antécédents familiaux de décès inattendu durant une activité physique | | |

Veillez donner des détails si vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs des questions précédentes. Utilisez une autre feuille au besoin.

Médicaments : _____

Allergies : _____

Problème de santé : _____

Blessures récentes : _____

Toute information non discutée ci-dessus : _____

Je comprends qu'il relève de ma responsabilité d'aviser aussitôt que possible le préposé à la sécurité de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-dessus. Dans l'éventualité où, en cas d'urgence, il est impossible de joindre une personne responsable, la direction de l'équipe amènera l'athlète à l'hôpital ou chez un médecin, si cela s'avère nécessaire. J'autorise, par la présente, le médecin et le personnel infirmier à examiner et à procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant. J'autorise également que l'information pertinente soit distribuée aux personnes appropriées (entraîneur, médecin) lorsque cela est jugé nécessaire.

Date : _____

Signature du parent/tuteur ou athlète (18+) : _____

Avis de non-responsabilité : l'information de nature personnelle utilisée, divulguée, obtenue ou conservée par le Club de soccer Les Cosmos de Granby Inc. ne sera conservée qu'aux fins pour lesquelles elle a été recueillie, conformément aux principes nationaux sur la vie privée énoncés dans la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*.